

9月

検査項目のご案内・申込書

東京土建国保加入者 検査項目

身体計測(身長・体重・BMI・腹囲・理学的検査)、生理(血圧・心電図・視力・聴力)、胸部レントゲン(再読影)、生化学(総蛋白・アルブミン・クレアチニン・eGFR・尿酸・尿素窒素・総コレステロール・HDコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪・AST・ALT・γ-GTP・血糖・HbA1c)、血液学(赤血球・白血球・血色素・ヘマトクリット・血小板)、尿(蛋白・糖・潜血)、情報提供

※今回はオプション等は選択できません。基本健診のみのお申込みとなります。

【9月24日 玉川区民会館】

| 土建国保加入者:無料 | | 組合のみ加入:3,500円 | | 組合未加入:12,000円 | |
|------------|-------|---------------|-------|---------------|-----|
| 受診者氏名 | ふりがな: | 性別 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 氏名: | 男・女 | 保険証番号 | | |
| 送り先住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | | | FAX番号 | | |
| 受診者氏名 | ふりがな: | 性別 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 氏名: | 男・女 | 保険証番号 | | |
| 送り先住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | | | FAX番号 | | |
| 受診者氏名 | ふりがな: | 性別 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 氏名: | 男・女 | 保険証番号 | | |
| 送り先住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | | | FAX番号 | | |
| 受診者氏名 | ふりがな: | 性別 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 氏名: | 男・女 | 保険証番号 | | |
| 送り先住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | | | FAX番号 | | |
| 受診者氏名 | ふりがな: | 性別 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 氏名: | 男・女 | 保険証番号 | | |
| 送り先住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | | | FAX番号 | | |

●ご注意事項●

- ・定員に限りがあるため120名に達した場合にこちらからご連絡させていただきますので、日中に連絡が取れる連絡先をご記入下さい。
- ・事前に診療所から問診表・検査キットをお送りしますが、1週間前になっても届かない場合はお手数ですが支部までお問い合わせください。
- ・受診当日は、問診票・検査キットと「健康保険証」「受診券」をご持参ください。
- ・感染拡大により中止になった場合、記入いただいた住所にハガキでお知らせをお送りします。またHPのトピック欄に案内を掲載します。